

UNIVERSIDADE FEDERAL DE SANTA  
CATARINA  
CENTRO DE CIÊNCIAS DA SAÚDE  
DEPARTAMENTO DE CLÍNICA CIRÚRGICA

AVALIAÇÃO DO TRATAMENTO CIRÚRGICO  
DA ÚLCERA PÉPTICA PERFURADA

Dezembro de 1993.

UNIVERSIDADE FEDERAL DE SANTA CATARINA  
CENTRO DE CIÊNCIAS DA SAÚDE  
DEPARTAMENTO DE CLÍNICA CIRÚRGICA

AVALIAÇÃO DO TRATAMENTO CIRÚRGICO  
DA ÚLCERA PÉPTICA PERFURADA \*

AUTOR: ALVARO PEREIRA PINTO \*\*

ORIENTADOR: DR. ARMANDO JOSÉ d' ACAMPORA \*\*\*

\* Trabalho desenvolvido no Hospital de Florianópolis.

\*\* Interno do Curso de Graduação em Medicina da Universidade Federal de Santa Catarina.

\*\*\* Professor Adjunto do Departamento de Cirurgia da Universidade Federal de Santa Catarina.

## AGRADECIMENTOS:

Ao Professor Armando José d' Acampora,  
pela dedicação e atenção para com a minha  
pessoa.

A Sandro Laércio Reichow, o amigo que  
sempre se fez presente nas horas mais  
difíceis.

Aos funcionários:  
do SAME do Hospital de Florianópolis.

À todos aqueles, que de uma forma ou  
outra, participaram na execução deste  
trabalho.

Aos meus pais e irmãos, pelo incentivo  
recebido durante toda a minha graduação.

## *RESUMO*

Foram analisados todos os casos, já catalogados, de úlcera péptica perfurada, tratados no período de 1986 a 1992, no Hospital de Florianópolis, S.C., quanto aos aspectos de sexo, idade, localização da Úlcera, presença ou não de pneumoperitônio, dados da história e exame físico, conhecimento prévio da úlcera, tempo de perfuração, presença ou não de peritonite, se localizada ou generalizada, técnica cirúrgica adotada para o tratamento, sintomas relatados pelo paciente no pós-operatório tardio, e o grau de satisfação segundo o critério de VISICK.

## INTRODUÇÃO

IVY (33) avaliou no final da Segunda Guerra Mundial que aproximadamente 10% da população acima de 65 anos iria desenvolver Doença Ulcerosa. Este índice foi observado até meados de 1960, quando então começou a diminuir.

A perfuração, na Doença Ulcerosa Péptica, é uma das sérias complicações da doença, e incide entre 5 a 10% dos portadores de Úlcera Péptica (17,28,33).

Aparece em segundo lugar, em ordem de ocorrência, como causa de Abdome Agudo Inflamatório, sendo precedida somente pelo diagnóstico de Apendicite Aguda (30).

No início do século era considerada doença exclusiva de adultos jovens do sexo masculino, quadro este revertido com o passar dos anos, também atingindo o sexo feminino nas mais diversas faixas etárias (1,3), principalmente as idosas (2,3,14,20,33).

O fator mais importante para a ocorrência dessa mudança, parece estar relacionado ao uso indiscriminado de Anti-Inflamatórios Não Hormonais (20,33).

Ainda em relação ao uso dos Anti-Inflamatórios Não Hormonais, um aumento na prevalência do número de cirurgias de emergência por complicações da Doença Ulcerosa (20,33), e consequentemente um aumento no número de óbitos causados pela doença (14,33).

No tratamento da Úlcera Péptica Perfurada existem 3 condutas fundamentais, já consagradas pelo uso e 1 conduta em estágio de pesquisa :

1. Tratamento conservador: introduzido por BEDWOOD em 1870 e mais tarde por MULLER e WANGENSTEEN, e difundido por TAYLOR, constitui-se na aspiração contínua do suco gástrico (39).

A mortalidade deste tipo de tratamento chega a 58 %, e o resultado tardio é desastroso, com recidiva conhecida em torno de 88 % (39).

2. Tratamento cirúrgico com Rafia da perfuração: método simples e seguro para o tratamento da lesão ulcerosa perforada.

A recidiva situa-se em torno de 66 a 85 % dos casos e as reoperações na faixa de 37 a 50 % (11,28,33).

3. Tratamento cirúrgico da perfuração e da Doença Péptica: divide-se em dois aspectos:

3.a. Com ressecção gástrica: representado basicamente pela Antrectomia associado à Vagotomia Troncular.

Introduzida por DRAGSTEDT, em 1943, é ainda hoje utilizada no tratamento definitivo da perfuração e da Doença Ulcerosa.

3.b. Sem ressecção gástrica Rafia da Úlcera com:

3.b.1. Vagotomia Troncular e Píloroplastia,

3.b.2. Vagotomia Troncular e Gastroduodenostomia ou Gastrojejunostomia,

3.b.3. Vagotomia Supraseletiva.

Os resultados imediatos são bons porém a avaliação a longo prazo ainda é discutida (10).

Nos últimos 35 anos, vem diminuindo o número de cirurgias eletivas para Úlcera, enquanto o nível de cirurgias de emergência por perfuração tem-se mantido constante.

Ainda não existe uma cirurgia de consenso para todos os tipos de pacientes no tratamento da Úlcera Péptica Perfurada (33).

A finalidade do tratamento cirúrgico é a erradicação da Úlcera com tratamento definitivo da Doença Ulcerosa, com a menor taxa de mortalidade, recorrência e efeitos colaterais. Devemos analisar no pré-operatório, a indicação, a urgência, a localização, o tamanho da Úlcera e os hábitos do paciente.

Existem ainda alguns fatores de risco, potencialmente letais, cuja atenção deve ser rigorosa e ao mesmo tempo criteriosa quanto à indicação cirúrgica e possíveis complicações, que já deve ser avaliada quando o paciente chega à sala de emergência, e são eles: idade maior que 65 anos, ocorrência ou não de choque hipovolêmico ou séptico no pré-operatório, doenças associadas (diabetes, DPOC, cardiopatias) e a presença de peritonite, seja localizada ou generalizada.

Estes são os principais parâmetros para a escolha da cirurgia, pois a presença de qualquer um deles contra indica a cirurgia definitiva e leva a um aumento significativo da mortalidade (3,5,7,10,11,12,14,17,20,28,30,33,34).

Com o recente advento da cirurgia laparoscópica, pode-se dizer que está nascendo um novo tipo de tratamento cirúrgico, pela via laparoscópica, onde alguns autores já realizam a Rafia da Úlcera por este tipo de cirurgia (13), ou mesmo a Vagotomia, seja Troncular ou Superseletiva (8).

O tratamento medicamentoso para a erradicação da úlcera, resume-se atualmente, ao uso de bloqueadores H-2, o que diminuiu a indicação da cirurgia eletiva da Doença Ulcerosa Péptica, sem no entanto conseguir a diminuição do número de complicações (3,14,20,33,).

Nosso objetivo é o estudo da conduta cirúrgica na doença péptica em vigência de perfuração em nosso meio, procurando saber a localização da Úlcera, o estado da cavidade, os resultados do tratamento cirúrgico, os sintomas tardios apresentados pelo paciente após o tratamento cirúrgico de urgência, utilizando os critérios segundo VISICK e a morbi-letalidade associado ao tratamento realizado.

## *MÉTODO.*

Com base nos dados já catalogados desde 1986, foi realizada uma busca ativa, procurando, em seu domicílio, todos os pacientes que se submeteram a tratamento cirúrgico de Úlcera Péptica Perfurada no Hospital de Florianópolis, em Florianópolis, Santa Catarina no período compreendido de 1986 a 1992, no Hospital Florianópolis, S.C..

Foram avaliados conforme protocolo pré-estabelecido, em relação aos resultados tardios (12 meses em diante), inicialmente por carta, após por telefone, e finalmente pessoalmente no domicílio do paciente, onde verificaremos os sintomas por ele apresentado e sua opinião quanto ao resultado da cirurgia.

Com base nesta avaliação, foram classificados segundo os critérios de VISICK modificado:

Grau I. Ausência de sintomas gastrointestinais após a cirurgia.

Resultado: excelente.

Grau II. Sintomas leves, como desconforto epigástrico, plenitude pós-prandial, mal estar vago, intolerância alimentar, anorexia, fraqueza, facilmente controláveis, com cuidados como repouso, limitação da quantidade e restrição de alimentos.

Resultado: bom.

Grau III. Presença dos mesmos sintomas, apenas não facilmente controláveis com cuidados gerais, porém, não interferindo na vida do paciente, sem limitar suas atividades habituais.

Resultado: satisfatório.

Grau IIII. Presença de sintomas não facilmente controláveis, por exemplo náuseas, vômitos, diarreia, sudorese, mal estar pós-prandial, dor epigástrica, sintomas estes que interferem no cotidiano do paciente.

Resultado: insatisfatório.

Grau IV. Recidiva ou complicação da doença péptica.

Resultado: ruim.

## RESULTADOS.

Apresentaremos agora nossos resultados obtidos a partir da coleta de dados dos prontuários dos pacientes internados no Hospital de Florianópolis, devido à perfuração péptica.

A tabela I mostra a distribuição de 28 pacientes quanto ao sexo.

Tabela I - ÚLCERA PÉPTICA PERFURADA.  
Distribuição dos pacientes quanto ao sexo.

Sexo	Número	%
Masculino	23	82
Feminino	05	18
Total	28	100,0

Fonte: SAME do Hospital de Florianópolis, Fpolis, S.C..

Segundo a tabela I, 23 pacientes (82 %) com Úlcera Péptica Perfurada pertenciam ao sexo masculino, enquanto 5 pacientes (18 %) eram do sexo feminino. A proporção de homens para mulheres foi de 4,6 : 1.

A tabela II mostra a distribuição de 28 pacientes quanto à idade.

Tabela II - ÚLCERA PÉPTICA PERFURADA.  
Distribuição dos pacientes quanto à idade.

Idade	Número	%
10   -- 20	03	10,7
20   -- 30	08	28,6
30   -- 40	10	35,7
40   -- 50	04	14,3
50   -- 60	02	7,2
60   -- 70	01	3,5
Total	28	100,0

Fonte: SAME do Hospital de Florianópolis, Fpolis, S.C..

Segundo a tabela II, houve um predomínio de pacientes entre a segunda e a quarta década, com 22 casos (78,6 %) neste intervalo. O maior número de casos, 10 (35,7 %), ocorreu entre 30 e 40 anos, variando a idade de 18 a 67 anos. A média de idade foi 33,8 anos.



A tabela III mostra o número de pessoas que estavam tomando medicação prévia, por receita médica ou decisão própria, antes da perfuração gastro-duodenal.

**Tabela III - ÚLCERA PÉPTICA PERFURADA.**  
Distribuição quanto ao uso prévio de medicação.

Uso	Número	%
Sim	04	14,2
Não	24	85,8
Total	28	100,0

Fonte: SAME do Hospital de Florianópolis, Fpolis, S.C..

Segundo a tabela III, somente 4 pessoas (14,2 %) estavam sob uso de medicação anti-ácida previamente a perfuração.

A tabela IV mostra o diagnóstico que fora dado ao paciente quando da sua chegada à sala de emergência.

**Tabela IV - ÚLCERA PÉPTICA PERFURADA.**  
Distribuição quanto ao diagnóstico prévio.

Tipo	Número	%
Perfurativo	22	78,5
Inflamatório	06	21,5
Total	28	100,0

Fonte: SAME do Hospital de Florianópolis, Fpolis, S.C..

Segundo a tabela IV, 22 pacientes (78,5 %) dos pacientes tiveram como diagnóstico prévio à cirurgia, abdome agudo perfurativo, enquanto só 06 pacientes (21,5 %) foram a laparotomia por Abdome Agudo Inflamatório, sendo o diagnóstico de Úlcera Péptica Perfurada feito no trans-operatório

A tabela V mostra o sítio de perfuração da úlcera.

**Tabela V - ÚLCERA PÉPTICA PERFURADA.**  
Distribuição quanto ao sítio de perfuração da úlcera.

Localização	Número	%
Duodeno	21	78,5
Estômago	07	21,5
Total	28	100,0

Fonte: SAME do Hospital de Florianópolis, Fpolis, S. C..

Conforme a tabela V mostra, a perfuração duodenal ocorreu em 21 pacientes (78,5 %), enquanto a perfuração gástrica ocorreu em 07 pacientes (21,5 %).

A tabela VI mostra se houve a presença ou não de pneumoperitônio em pacientes de nosso estudo.

**Tabela VI - ÚLCERA PÉPTICA PERFURADA.**  
Distribuição quanto à presença de pneumoperitônio.

Pneumoperitônio	Número	%
Sim	16	57,1
Não	12	42,9
Total	28	100,0

Fonte: SAME do Hospital de Florianópolis, Fpolis, S. C.

Em nossa casuística, somente 16 pacientes (57,1 %) apresentaram a presença de ar livre na cavidade já na admissão, ou no decorrer das primeiras horas de evolução do quadro.

As tabelas de número VII e VIII são referentes aos dados de história e exame físico dos 28 pacientes, sendo que mais de 1 deles poderia apresentar mais que 1 sintoma.

Tabela VII - ÚLCERA PÉPTICA PERFURADA.  
Distribuição quanto ao quadro clínico.

Sintomas	Número	%
Dor	27	37,5 %
Vômitos	19	26,4
Febre	08	11,0
Náuseas	06	8,3
Sudorese	04	5,6
Distensão	03	4,2
Palidez	02	2,8
Taquicardia	01	1,4
Tontura	01	1,4
Calafrios	01	1,4
Total	72	100,0

Fonte: SAME do Hospital de Florianópolis, Fpolis, S. C..

Tabela VIII - ÚLCERA PÉPTICA PERFURADA.  
Distribuição quanto ao exame físico do paciente.

Exame físico	Número	%
Abdome em tábua	16	50,0
Defesa abdominal	11	34,5
Flacidez	01	3,1
R.H.A negativos	02	6,2
Diminuição da P.A.	01	3,1
Timpanismo	01	3,1
Total	28	100,0

Fonte: SAME do Hospital de Florianópolis, Fpolis, S. C..

Se compararmos os índices de presença de pneumoperitônio (57,1 %) de todos os nossos casos, com os dados de história e exame físico, e que o diagnóstico de úlcera péptica perfurada fora feito em 78,5 % dos casos, podemos dizer ainda que a história e o exame físico ainda faz muito diagnóstico.

A tabela IX mostra se o paciente tinha conhecimento ou não da Úlcera antes da perfuração.

**Tabela IX - ÚLCERA PÉPTICA PERFURADA.**  
Distribuição conforme história de úlcera.

Úlcera	Número	%
Sim	13	46,4
Não	15	53,6
Total	28	100,0

Fonte: SAME do Hospital de Florianópolis, Fpolis, S. C..

A tabela X nos mostra o tempo de perfuração, desde o primeiro sintoma referido pelo paciente até o início da cirurgia. Este período de tempo foi dividido em espaços de 6 horas.

**Tabela X - ÚLCERA PÉPTICA PERFURADA.**  
Distribuição quanto ao tempo de perfuração.

Horas	Número	%
00 a 06 h.	08	28,5
06 a 12 h.	04	14,3
12 a 24 h.	07	25,0
24 a 48 h.	06	17,9
48 a 72 h.	04	14,3
Total	28	100,0

Fonte: SAME do Hospital de Florianópolis, Fpolis, S. C..

Como podemos analisar, 12 pacientes (42,8 %) procuraram o hospital nas primeiras 12 horas de perfuração, enquanto os 16 pacientes restantes (57,2 %) só foram ao hospital provavelmente quando já não aguentavam mais de dor.

A tabela XI nos dá uma idéia de como estava a cavidade abdominal durante o ato cirúrgico, à procura de peritonite generalizada ou localizada.

Tabela XI - ÚLCERA PÉPTICA PERFURADA.  
Distribuição quanto ao achado trans-operatório.

Achado	Número	%
Peritonite generalizada	16	57,1
Peritonite localizada	12	42,9
Total	28	100,0

Fonte: SAME do Hospital de Florianópolis, Fpolis, S. C..

Podemos observar nesta tabela, que a maior parte dos pacientes tinha peritonite generalizada, o que de certa maneira condiz com os achados no tempo de perfuração que também tiveram uma média alta no tempo de perfuração.

Nas tabelas XII XIII teremos os dados quanto ao estado da cavidade e a cirurgia realizada, só que agora dividido entre os pacientes com perfuração duodenal e perfuração gástrica, e as abreviações que se seguem se devem a Vagotomia Supraseletiva (VSS) e Vagotomia Truncular associado à Piloplastia (VT + P).

Tabela XII - ÚLCERA PÉPTICA PERFURADA.  
Distribuição das cirurgias quanto ao estado da cavidade na perfuração duodenal.

Inventário	Rafia	VSS	VT + P
Perit. Generalizada	07 (33,3 %)	02 (9,55 %)	-
Perit. Localizada	02 (9,55 %)	06 (28,5 %)	04 (19,1 %)
Total	09 (42,8 %)	08 (38,5 %)	04 (19,1 %)

Fonte: SAME do Hospital de Florianópolis, Fpolis, S. C..

Analisando esta tabela, podemos dizer que a Rafia fora feito de preferência quando existia peritonite generalizada e Vagotomia, Supraseletiva ou Truncular, quando não existia peritonite generalizada.

**Tabela XIII - ÚLCERA PÉPTICA PERFURADA.**  
Distribuição das cirurgias quanto ao estado da cavidade na perfuração gástrica.

Inventário	Rafia	VSS	VT + P.
Perit. Generalizada	05 (71,5 %)	01 (14,25 %)	01 (14,25 %)
Perit. Localizada	-	-	-
<b>Total</b>	<b>05 (71,5 %)</b>	<b>01 (14,25 %)</b>	<b>01 (14,25 %)</b>

Fonte: SAME do Hospital de Florianópolis, Fpolis, S. C.

As tabelas XIV e XV são referentes as cirurgias realizadas conforme tempo de perfuração duodenal e gástrico que foram feitas nos pacientes portadores de Úlcera Péptica Perfurada.

**Tabela XIV - ÚLCERA PÉPTICA PERFURADA.**  
Distribuição das cirurgias realizadas quanto ao tempo de perfuração duodenal.

Tempo (h)	Rafia	VSS	VT + P
00 a 06	02 (9,5 %)	04 (19,0 %)	02 (9,5 %)
06 a 12	-	01 (4,7 %)	02 (9,5 %)
12 a 24	01 (4,7 %)	03 (14,5 %)	-
24 a 48	03 (14,5 %)	01 (4,7 %)	-
48 a 72	01 (4,7 %)	01 (4,7 %)	-
<b>Total</b>	<b>07 (33,4 %)</b>	<b>10 (47,6 %)</b>	<b>04 (19,0 %)</b>

Fonte: SAME do Hospital de Florianópolis, Fpolis, S. C..

Através desta tabela, podemos observar que com até 24 horas de evolução, a cirurgia definitiva fora feito em 12 pacientes (57,1 % dos casos), enquanto a cirurgia paliativa fora feito somente em 2 casos (9,5 %). A partir de 24 horas de evolução, houve um equilíbrio entre esses 2 tipos de cirurgia.

Tabela XV - ÚLCERA PÉPTICA PERFURADA.  
Distribuição das cirurgias realizadas quanto ao tempo de perfuração gástrica.

Tempo (h)	Rafia	VSS	VT + P
00 a 06	-	-	-
06 a 12	-	-	-
12 a 24	02 (28,55 %)	-	01 (14,3 %)
24 a 48	01 (14,3 %)	01 (14,3 %)	-
48 a 72	02 (28,55 %)	-	-
Total	05 (71,4 %)	01 (14,3 %)	01 (14,3 %)

Fonte: SAME do Hospital de Florianópolis, Fpolis, S. C..

Não observamos nesta tabela alguma cirurgia entre 00 e 12 horas de perfuração e que a cirurgia de escolha para perfuração gástrica com mais de 12 horas de evolução, foi a rafia, com 5 casos do total (71,4 %).

A tabela XVI nos mostra as complicações observadas nos pacientes operados de Úlcera Péptica Perfurada.

Tabela XVI - ÚLCERA PÉPTICA PERFURADA.  
Distribuição quanto as complicações do ato cirúrgico.

Complicação	Número	%
Fístula Duodenal	01	3,5
Bulboduodenite	01	3,5
Flebite	01	3,5
Total	03	10,5

Fonte: SAME do Hospital de Florianópolis, Fpolis, S. C..

A tabela XVII mostra os sintomas relatados pelo paciente no pós-operatório tardio quando da busca ativa em seu domicílio, onde eram feitas perguntas dirigidas e ao mesmo tempo querendo respostas diretas. As perguntas feitas eram as seguintes: O que você está sentindo agora?; Você apresenta no momento dor epigástrica, diarreia, emagrecimento, mal estar após alimentação?; Você está consultando com algum médico para algum problema deste?.

Tabela XVII - ÚLCERA PÉPTICA PERFURADA.

Relação dos sintomas relatados pelo paciente

Sintomas	Número
Sem sintomas	21
Epigastralgia que aliviava com alimento ou medicação	05
Epigastralgia que não aliviava com alimento ou medicação	02
Plenitude pós-prandial	01
Úlcera recidivada	01
Fraqueza	01
Vômitos	01

Fonte: SAME do Hospital de Florianópolis, Fpolis, S. C..

A tabela XVII nos mostra que 21 pacientes estavam assintomáticos no momento da avaliação, 5 apresentavam dor epigástrica que aliviava com alimento ou medicação, 2 pacientes que não aliviavam, 1 paciente tinha plenitude pós-prandial, 1 tinha recidiva da úlcera, 1 paciente apresentava fraqueza e 1 paciente relatou vômitos.

A tabela XVIII relata a classificação de VISICK conforme a sintomatologia apresentada pelo paciente.

Tabela XVIII - ÚLCERA PÉPTICA PERFURADA.

Distribuição quanto a classificação de VISICK.

Classificação	Número	%
VISICK I	21	75
VISICK II	02	7,15
VISICK IIIs	03	10,7
VISICK IV	02	7,15
Total	28	100,0

Fonte: SAME do Hospital de Florianópolis, Fpolis, S. C..

A tabela XVIII nos dá uma noção do grau de satisfação do paciente em relação a sua sintomatologia. VISICK I ou II chegou a 82,15 %, enquanto VISICK IIIs teve 10,7 %, e VISICK IV teve 7,15 % de taxa.



## Discussão

O tratamento cirúrgico da Úlcera Péptica iniciou com DEAN em 1894 que sugeriu a Rafia para pacientes com perfuração gástrica, e mais tarde popularizada por ROSCOE GRAHAN em 1937, para pacientes com perfuração duodenal (11,12).

É a maneira mais fácil e rápida de se tratar uma perfuração, talvez por isso reservada para pacientes de alto risco. Tem o inconveniente de ter altos índices de recorrência e reoperação.

Em relação a vagotomia troncular, esta foi introduzida por DOWDEN em 1909, mas o primeiro a propor esta técnica para alívio da dor de úlcera duodenal foi LATARJET (4).

A Vagotomia Troncular associada a Píloroplastia, apresenta a vantagem de remover a lesão, remover a estenose pilórica se esta estiver presente. O tamanho da cirurgia é um pouco maior que a Rafia (11). Se associado a Vagotomia Troncular tivermos uma Gastroenteroanastomose, a desnervação deverá ser perfeita, pois são altas as taxas de recorrência da úlcera em boca anastomótica (36).

A Vagotomia Supraseletiva foi idealizada por GRIFFITH e HARKENS em 1957 em cães e posteriormente por HOLLE em 1964 no ser humano, do qual era combinado com Píloromiotomia como uma opção de drenagem gástrica, e foi subsequentemente empregada sem drenagem gástrica por ANDRUP e JENSEN e a seguir por JOHNSTON em 1970 (24,25,28,30,35). Após o este procedimento, é muito comum os pacientes referirem disfagia pós-operatória, sendo esta devido a manipulação excessiva da região esôfago-gástrica e pela desnervação daquela região (6). A recidiva da Úlcera na Vagotomia Supraseletiva, deve-se a reanastomoses dos ramos vagais (31, ) e para tanto, SALIM (31) propõe o uso de remendo com tetrafluoroetileno na pequena curvatura da estômago para evitar as reanastomoses dos ramos nervosos.

Em relação a Gastrectomia, ela foi recomendada a primeira vez por VAN HABERER. Esta técnica propicia o tratamento da perfuração e também o da Úlcera, sendo no entanto responsável por efeitos colaterais indesejáveis.

Está sendo testado um medicamento novo, um análogo da somatostatina que tem mostrado uma melhora nos sintomas pós-gastrectomias e pós-vagotomia, principalmente o dumping e o vômito (19)

A distribuição quanto ao sexo, encontrado neste trabalho foi de 82% para a população masculina e de 18% para a população feminina, com uma proporção de 4,6 homens para uma mulher quando do diagnóstico de Úlcera Péptica Perfurada. Na literatura encontramos a mesma relação, ou seja um predomínio da população do sexo masculino sobre o feminino (2,12,30,34).

Em 1944, a proporção era de 15,5 homens para uma mulher (2).

Em 1977, essa proporção era de 3,5 homens para uma mulher, e em 1986 já era de 2 homens para uma mulher. Essa mudança aconteceu principalmente nos EUA e na Europa (2). Nos últimos anos, tem sido visto, um aumento na admissão de mulheres idosas portadoras de Úlcera Péptica Perfurada, principalmente na faixa etária acima dos 65 anos (2,3,14,20,33).

A doença é característica do adulto jovem, com média de idade de 33,8 anos predominando entre a segunda e a quarta década da vida (12,17,25,30).

Ainda em relação à idade existe uma tendência de apresentar maior mortalidade no grupo acima de 65 anos, situada em torno de 25 % (3,5,17,28,38) contra uma taxa de 7% na população abaixo de 65 anos (3,38).

Os dados referentes à cor não foram levados em consideração, devido ao predomínio de população branca em nosso meio.

95 % das admissões por Úlcera Péptica Perfurada no Hospital de Florianópolis no período observado, constituiu-se de uma população de pacientes de baixa renda como pedreiros, pescadores, policiais militares, carpinteiros, e operários, fato que não encontramos justificativa na literatura, no entanto, não deve ser difícil de imaginar o por que desta observação em se tratando de um país chamado BRASIL.

O percentual de pacientes que estavam sob uso de medicação anti-ácida, tanto como auto-medicação como com indicação médica, antes da perfuração foi avaliada em 14,4%. Não foram relatados casos de uso de anti-inflamatórios.

O diagnóstico de Úlcera Péptica Perfurada aconteceu em 78,5% dos casos, estando de acordo com RABINOVICI (28), que encontrou resultado semelhante.

O sítio de perfuração foi de 75% para a região duodenal e 25% para a região gástrica. LEONARDI (17) encontrou proporção semelhante em trabalho recente, 79 % para Úlcera Péptica Duodenal e 21 % para Úlcera Péptica Gástrica.

AGREZ (3) teve em sua casuística 63% para Úlcera Duodenal e 37% para Úlcera Gástrica. Este mesmo autor num outro trabalho encontrou valores como 78% para Úlcera Duodenal e 22% para Úlcera Gástrica, não diferindo dos resultados por nós encontrados.

A Úlcera Gástrica apresenta uma mortalidade superior se comparada à Úlcera Duodenal (3,9,12).

AGREZ (3) demonstrou mortalidade de 26% para úlcera gástrica e 8% para Úlcera Duodenal numa revisão de 174 casos.

DI QUINZIO (9) demonstrou uma mortalidade de 40% para úlcera gástrica.

Quanto a mortalidade, nossos resultados diferem totalmente da literatura consultada, visto não ter havido nenhum óbito nesta amostra.

A presença de pneumoperitônio ocorreu em 57,1% dos casos estudados, com uma variação na literatura de 60 a 90% dos casos.

STABILE (33) encontrou uma porcentagem que variava de 66 a 75 %, semelhante a RABINOVICI (28), 70 %. FREIRE (12) encontrou taxas próximas a 89,8 %, RAJAB (30) com 63 % de casos, sendo todos esses casos diagnosticados no momento de sua admissão ou poucas horas após.

Somente 46,4 % dos pacientes tinham conhecimento da úlcera antes da perfuração, resultado este, semelhante ao de DI QUINZIO (9). Há também os trabalhos que mostram uma variação de 60 a 75 % dos casos como nos trabalhos de ABRAMSON (1) e FELICIANO (11).

42,9 % (12 casos) dos pacientes tiveram de 0 a 12 horas de tempo livre entre a perfuração e o início da cirurgia, e 57,1 % com mais de 12 horas, isto porque tivemos 7 casos admitidos num espaço de tempo compreendido entre 24 e 48 horas, e 4 casos entre 48 e 72 horas, tempo este utilizado pelos pacientes com solução caseira para a dor abdominal que sentiam, ocorrendo a ingestão de chás, óleo de oliva, e analgésicos. O tempo médio de perfuração encontrado em nosso estudo foi de 16,9 horas.

RAJAB (30) encontrou média de 24 horas no tempo médio entre a perfuração e a admissão, enquanto RABINOVICI (28) e LEONARDI (17) apresentaram índices de 6 horas. Há alguns tópicos de interesse neste fato, pois a demora do tratamento leva a um aumento na mortalidade.

Segundo AGREZ (3), o tempo médio de 12 horas após a perfuração apresentava um índice de óbito alto, enquanto que num tempo médio de 5 horas, não ocorreu nenhum óbito.

SHINAGAWA (32), num estudo comparativo de 63 casos de perfuração gastro-duodenal e 173 pacientes com perfuração de outras partes do tubo digestivo, demonstrou que a taxa de contaminação do líquido peritoneal devido à perfuração duodenal foi de 40,0 % com até 6 horas após perfuração, 42,9 % de contaminação entre 6 e 12 horas, e com mais de 12 horas de perfuração o índice foi de 66,7 %, sendo os microorganismos mais encontrados a *Escherichia coli*, o *Bacteróides fragillis* e a *Klebsiela sp.*

Houve somente 1 caso (3,5%) de úlcera gástrica de grande tamanho em nosso trabalho.

Há, em geral, uma associação entre maior mortalidade e o tamanho da úlcera péptica. Nas úlceras de grande tamanho (maior que 2 cm. no duodeno e maior que 3 cm no estômago (15), seja ela gástrica ou duodenal, HUNT (15) encontrou 33 % de mortalidade em pacientes portadores de úlceras perfuradas de grande tamanho e 6 % de mortalidade em pacientes com úlceras de pequeno tamanho.

Ocorreu peritonite generalizada em 57,1 % dos nossos casos, valor este semelhante ao encontrado por RABINOVICI (28), tendo nestes casos uma evolução maior que 12 horas de perfuração. Houve casos de perfuração com mais de 12 horas de evolução e que não apresentavam peritonite generalizada, pelo bloqueio de vísceras como o fígado, pâncreas e epíclo, como no caso de bloqueio da perfuração pelo fígado relatado por JIMENEZ (16) e STABILE (33). Nesta casuística tivemos 3 casos (10,7 %) de perfuração bloqueadas por vísceras e que tinham mais de 24 horas de evolução.

Somente 32,1 % dos casos, 9 pacientes, receberam antibióticoterapia profilática. Este é um dado que os autores propõem que todos os pacientes deveriam receber antibiótico pré-operatório (28,30). A maioria dos antibióticos que foram administrados pertenciam ao grupo da Cefalosporinas de segunda geração.

Dos 21 pacientes com úlcera duodenal perfurada, 11 pacientes tinham peritonite generalizada e destes em 6 foi realizada a Rafia e em 4 a Vagotomia Super-seletiva, o que contraria a maioria das publicações como as de SHI-YONG (34), RAJAB (30), BODNER (7) e FELICIANO (11), que segundo esses autores estaria contra indicado cirurgia definitiva.

Dos 7 pacientes que eram portadores de perfuração gástrica, todos eles tinham peritonite generalizada, sendo que em 5 deles foi realizada a Rafia, em 1 foi realizada Vagotomia Supraseletiva e o outro Vagotomia Truncular, o que em tese estaria de acordo com esses autores (7,11,30,34).

92,8% dos pacientes tiveram drenagem da cavidade realizada. RAJAB (30) preconiza a não realização da drenagem de rotina (30).

Houve dois casos de complicações locais (7 %) e um caso de complicação geral (3,5 %), resultado parecido com o de LEONARDI (17), que achou

complicações gerais e locais em torno de 3,4 %, enquanto RAJAB(30) encontrou 11,1 % de complicação local.

Dos 21 casos de perfuração duodenal, a cirurgia paliativa fora feita em 33,3% dos casos e a cirurgia definitiva em 66,7 % dos casos. Na úlcera gástrica a cirurgia paliativa fora feita em 71,4 % dos casos e a cirurgia definitiva em 28,6 % dos casos.

Com relação à peritonite generalizada, nos casos de perfuração duodenal, em 7 pacientes foi realizado a Rafia, em 4 pacientes foi realizado a Vagotomia Superseletiva; no caso de peritonite localizada, em 1 paciente foi realizado a rafia, em 6 pacientes foi realizado a vagotomia superseletiva e em 4 foi realizado a vagotomia troncular associado à piloroplastia (5,7,11,12,17,28,33).

Com relação a peritonite generalizada nos casos de perfuração gástrica, 5 pacientes receberam a Rafia somente, 1 paciente recebeu Vagotomia Superseletiva e 1 paciente recebeu Vagotomia Troncular. Não houve nenhum caso de peritonite localizada.

82,15 % dos pacientes tiveram VISICK I ou II, 10,7 % tiveram VISICK IIIs e 7,15 % dos pacientes tiveram VISICK IV.

Na nossa casuística não tivemos nenhuma mortalidade. A mortalidade da Rafia simples varia de 0 a 20 %, observado no trabalho de RABINOVICI (28) taxas de 20 %, no de LEONARDI (17) chegou a 18 % e no de GEORGE 8,7 % (14).

A mortalidade da Vagotomia Superseletiva variou de 0 a 0,2%. STABILE (33) teve 0,2 % de mortalidade numa amostra de 10,000 pacientes operados, RAJAB (30) teve 0 % de mortalidade, FELICIANO (11) também não teve nenhum caso de mortalidade em sua casuística , TANK (35) em 40 casos também não teve mortalidade, SHI-YONG (34) também não encontrou mortalidade, mesmo na China, onde esta técnica é pouco difundida.

A mortalidade da Vagotomia Troncular com Píloroplastia varia de 0 a 10 % . RABINOVICI (28) encontrou mortalidade de 7,6 % e FELICIANO (11)relatou 10 % de mortalidade, BODNER (7) também não relatou qualquer mortalidade.

Quando nos depararmos com pacientes cirróticos devemos ter cuidado, pois às vezes é difícil o diagnóstico diferencial com Peritonite Bacteriana Espontânea segundo MOSNIER (27 ).

Suspeitar de Síndrome de Zollinger-Ellisson se tiver diarreia associado (45 % dos casos), perfuração jejunal (72 % dos casos), e alto débito de secreção via SNG, superior a 1,5 litros/dia , segundo WAXMAN (37).

Em relação à Hérnia Hiatal, fora feito 2 cirurgias à LIND associado a Vagotomia Superseletiva.

## *Bibliografias*

- (1) ABRANSON D. L.: Gertler J.P.: Lewis T.: Kral J.G. - Crack related perforated gastropyloric ulcer. *J. Clin Gastroenterol.* 13 (1) :17-9 , 1991 Feb.
- (2) AGREZ M. V.: Henry D. A.: Senthiselvan S.: Dugan J.M. - Changing trends in perforated peptic ulcer during the past 45 years. *Aust. N. Z. J. Surg.* 62 (9) :729-32, 1992 Sep.
- (3) AGREZ M. V.: Henry D. A.: Senthiselvan S.: Mitchell A.; Dugan J.M. - Perforated peptic ulcer in the Hunter region : a review of 174 cases. *Aust. N. Z. J. Surg.* 62 (5) :338-43, 1992 May.
- (4) ALEXANDER-WILLIAMS J.: A requiem of vagotomy. *Br. Med. J.* 302 (9) : 547-48, 1991 Mar
- (5) ALTACA G.; Sayek I.; Onat D.; Cakmakçi M.; Kamilo glu S. - Risk factors in perforated peptic ulcer disease : comparison of a new score system with the Mannheim Peritonitis Index. *Eur. J. Surg.* 158 (4) : 217-21, 1992 Apr
- (6) ANDREOLLO N. A.; Brandalise N. A.; Leonardi L.S. - A disfagia após vagotomia gástrica proximal-estudo manométrico com carbacol. *Revista do Colégio Brasileiro de Cirurgiões.* 13 (6) : 245-50. 1986 Nov
- (7) BODNER B.; Harrington M. E.; Kim U. - A multifactorial analysis of mortality and morbidity in perforated peptic ulcer disease. *Surg. Gynecol Obstet.* 171 (4) : 315-20, 1990 Oct
- (8) CHUI P. T.; Gin T.; Chung S. C. S. - Anaesthesia for a patient undergoing transthoracic endoscopic vagotomy. *British Journal of Anaesthesia* 68 : 318-320 , 1992
- (9) DI QUINZIO C.; Phang P. T. - Surgical management of perforated benign gastric ulcer in high risk patients. *Can. J. Surg.* 35 (1) : 94-7, 1992 Feb
- (10) EMAS S.; Grupcev G.; Eriksson B. - Six years results of a prospective, randomized trial of selective proximal vagotomy with and without pyloroplasty in the treatment of duodenal, pyloric, and prepyloric ulcers
- (11) FELICIANO D. V. - Do perforated duodenal ulcers need an acid decreasing surgical procedure now that OMEPRAZOLE is available ? *Surg. Clin. N. Am.* 72 (2) : 369-81 , 1992 Apr
- (12) FREIRE S.; Malvezzi A.; Refinetti R.; Cury M. J.; Bocikis R.; Machado M.A. - Úlcera perfurada. *Skopia* 27 (2) : 6-9 , 1987
- (13) FLETCHER D. R.; Jones R. M. - Perforated peptic ulcer. A further application of laparoscopic surgery. *Aust. N. Z. Surg.* 62 (4) : 323 -4 , 1992 apr

- (14) GEORGE R. L.; Smith I. F. - Long term results after omental patch repair in patients with perforated duodenal ulcers: a 5 to 10 years follow-up study. *Can. J. Surg.* 34 (5) : 447-49 ,1991 Oct
- (15) HUNT P. S.; Clarke G. - Perforation in patients with bleeding ulcer. *Aust. N. Z. Surg.* 61 (3) : 183-5 ,1991 Mar
- (16) JIMENEZ-PEREZ F. J.; Muñoz-Navas M. A. - Endoscopic diagnosis of gastric peptic ulcer penetrating into the liver. *Endoscopy* 23 (2) : 98-9 ,1991 Mar
- (17) LEONARDI L. S.; Pareja J. C.; Brandalise N. A. - Úlcera gastroduodenal perfurada-resultados imediatos. *Revista do Colégio Brasileiro de Cirurgias* 8 (5) : 195-99 , 1986 Set
- (18) LEWIS D. C.; Hodinott C. - Complicated peptic ulcer disease in childhood: an overlooked diagnosis. *Br. J. Clin. Pract* 45 (1) : 65 ,1991
- (19) MACKIE C. R.; Jenkins S. A.; Hartley M. N. -Treatment of severe postvagotomy and postgastrectomy symptoms with the somatostatin analogue octreotide. *BR. J. Surg.* 78 (11) : 1338-1343 , 1991 Nov
- (20) MÄKELÄ J.; Laitinen S.; Kairaluoma L.I. - Complications of peptic ulcer disease before and after the introduction of H-2 receptor antagonists. *Hepato-Gastroenterology* 39 (2) :144-8 ,1992 Apr
- (21) MARCHESINI J. B.; Bueno L. A. G.; Costa e Silva I. T. C.; Bronner R. J.; Artigas G. V. - Estudo em molde vinílico da vascularização da pequena curvatura do estômago após vagotomia super seletiva. *Revista do Colégio Brasileiro de cirurgias* 8 (6) : 298-301 , 1981 Nov
- (23) McKENA P. J.; Brunson B. L.; Welling R. E. - Perforated gastric ulcer in hiatal hernia. *J. Clin. Gastroenterol.* 12 (6) :712-13 , 1990
- (24) MEDEIROS A. C.; Neto T. A.; Soares C. E. R.; Carvalho M. G. F. - Alterações da pequena curvatura do estômago após vagotomia super seletiva em animais submetidos à imunossupressão. *Revista do Colégio Brasileiro de Cirurgias* 12 (6) : 266-68 ,1986 Nov
- (25) MELO J. B.; Gama-Rodrigues J. J.; Garrido Jr. A. B.; Moreira A. A.; Matsuda M.; Lopasso F.; Rajab I.; Baia A. A. - Vagotomia gástrica proximal-avaliação dos resultados a médio prazo. *Revista do Colégio Brasileiro de Cirurgias* 8 (3):123-27 , 1981 Mai
- (26) MILLER B. M.; Kumar A. - Neonatal duodenal perforation. *J. Pediatr. Gastroenterol. Nutr.* 11 (3) : 407-10 , 1990 Oct

- (27) MOSNIER H.; Farges O.; Vons C.; Belghiti J.; Fékété F. - Gastroduodenal ulcer perforation in the patients with cirrhosis. *Surg. Gynecol. & Obstet.* 174 (5) : 297-301 , 1992
- (28) RABINOVICI R.; Manny J. - Perforated duodenal ulcer in the elderly. *Eur. J. Surg.* 157 (11) : 121-25 , 1991
- (29) RAHMAN H.; Agrawal R. L.; Srivastava A. K.; Saran K.; Srivastava A.; Agrawal M. - Pneumonitis secondary to drug induced gastric perforation. *Indian J. Chest Dis & Allied Sci* 33 (4) : 217-221 , 1991
- (30) RAJAB I.; Brito J. A.; Toloi Jr. N.; Melo J. B. - Úlcera duodenal perfurada, tratada por vagotomia gástrica proximal associada à sutura da lesão. *Revista do Colégio Brasileiro de Cirurgias* 12 (2) : 56- 59 , 1985
- (31) SALIM A. S. - Modified highly selective vagotomy. *Surg. Gynecol. & Obstet.* 175 (7) : 64-66 , 1992
- (32) SHINAGAWA N.; Muramoto M.; Sakurai S.; Fukui T.; Hori K.; Taniguchi M.; Mashita K.; Mizuno A.; Yura J. - A bacteriological study of perforated duodenal ulcers. *Japanese Journal of Surgery* 21 (1) : 01-07 , 1991
- (33) STABILE B. E. - Current surgical management of duodenal ulcers. *Surgical Clinics of North America* 72 (2) :335-55 , 1992
- (34) SHI-YONG L.; Ping A.; Zhen-Jia L.; Shu-Jun Y.; Jian Y. - Extended parietal cell vagotomy in the treatment of perforatin, hemorrhage and stenosis due to duodenal ulcer. *Chinese Medical Journal* 105 (4) : 289-292 , 1992
- (35) TANK R.; Cavinato O. - Úlcera duodenal assintomática recidivada após vagotomia gástrica proximal. *Revista do Colégio Brasileiro de Cirurgias* 8 (1) : 34-36 , 1986
- (36) THIRLBY R. C.; Patterson D. J.; Kozarek R. A. - Prospective comprison of Congo Red and Sham Feeding Testing to determine vagal inervation of the stomach. *Am. J. Surg.* 163 (5) : 533-536 ,1992
- (37) WAXMAN I.; Gardner J. D.; Jensen R. T.; Maton P. N. - Peptic ulcer perforation as the presentation of Zollinger-Ellison syndrome. *Dig Dis Sci* 36 (1) : 19-24 , 991
- (38) WERBIN N.; Kashtan H.; Wasserman I.; Wisnitzer T. - Perforated duodenal ulcer in the elderly. *Can. J. Surg.* 33 (2) : 143-44 , 1990
- (39) TAYLOR, H. - The non-surgical tratment of perforated ulcer. *Gastroenterology*, 33 : 1645-1647 , 1980

### *Summary*

The authors analysed all the cases of Perforated Peptic Ulcer treated in the Hospital de Florianópolis, Florianópolis/SC, that occurred in the period from 1986 to 1992, as much as sex, age, localization, previous knowledge of ulcer, time of perforation, presence or not of peritonitis, if it was localized or generalized, type of surgery, symptoms related by the patient in later post operatory, and the satisfaction of the patient second classification of VISICK.



*Índice*

Identificação	02
Agradecimentos	03
Resumo	04
Introdução	05
Método	07
Resultados	08
Discussão	18
Bibliografia	22
Summary	24

TCC  
UFSC  
CC  
0316

N.Cham. TCC UFSC CC 0316  
Autor: Pinto, Alvaro Pere  
Título: Avaliação do tratamento cirúrgic



972813073

Ac. 253138

Ex.1

Ex.1 UFSC BSCCSM